



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES
AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE
NICARAGUENSE
URACCAN

Monografía

Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes
familiares y personal de salud del centro de salud Carlos
Centeno del Municipio de Siuna sobre la tuberculosis en
el Primer Semestre 2007.

Para optar el título de: Licenciadas en Enfermería con mención
en salud mental

AUTORAS: Enf. Blanca Ramos Zeledón
Enf. Mayra Padilla González

YUTICA: Dra. Leticia Castillo Gómez

Siuna, Octubre 2008

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE URACCAN

Monografía

Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal de salud del centro de salud Carlos Centeno del Municipio de Siuna sobre la tuberculosis en el Primer Semestre 2007.

**Para optar al título de: Licenciada en Enfermería con
mención en Salud Mental.**

AUTORAS: Enf. Blanca Ramos Zeledón
Enf. Mayra Padilla González

TUTORA: Dra. Letisia Castillo Gómez.

Siuna, Octubre 2008.



Registro No. 349

En primer lugar dedico este trabajo a nuestro Señor todo poderoso por haberme dado la vida, sabiduría, por protegerme y darme la fuerza para salir adelante en mis estudios superiores y poder culminar con estos.

A mi familia especialmente a mi marido, hijos y a mi tutora, que supieron comprenderme y apoyarme en los momentos buenos y difíciles durante estos tres años para así poder cumplir lo que siempre me propuse.

Enf. Mayra Padilla González.

A Nuestro Señor Jesucristo en primer lugar le dedico esta investigación, por haberme dado la inteligencia, sabiduría y salud para llegar a culminar mis estudios.

Mi familia por el apoyo incondicional en especial a mi querida hija Erika Centeno Ramos, por ser un ser muy valioso ay que me comprendió a pesar de su corta edad, siempre tuvo la capacidad de comprenderme.

Un ser muy querido que ya no vive conmigo el es mi padre Pascual Ramos, quien en vida se preocupo mucho para que me preparara y fuera alguien en la vida.

Enf. Blanca Ramos Zeledón.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a Dios por sobre todas las cosas, porque día a día nos iluminó nuestra mente y fue nuestra principal fuente de ayuda para culminar nuestra investigación.

A nuestra tutora Dra. Letisia Castillo Gómez por habernos apoyado a ordenar nuestras ideas de manera lógica y coherente.

A nuestras familias por haber estado en todo momento junto a nosotras en esta ardua labor, especialmente a nuestros padres por habernos dado la vida, la educación y la fuerza necesaria para hoy estar culminando nuestros estudios superiores.

A las personas que pusieron un granito de arena, para que este trabajo fuera un éxito, a todos esas personas que dieron la información necesaria, muchas gracias.

A nuestra querida coordinadora de la carrera Dra. Sánchez por estar siempre apoyándonos durante estos tres años.

Al equipo de dirección del Centro de Salud Carlos Centeno, especialmente al Dr. Noel Espinoza por darnos el tiempo necesario para culminar esta investigación.

A nuestra querida URACCAN por habernos dado la oportunidad de seguir estudiando y a nuestros docentes que supieron sembrar en nuestras mentes la semilla de la sabiduría para que hoy diera grandes frutos y por seguir forjando profesionales.

A todos y todas muchas, muchas gracias.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Páginas
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1 Generalidades.....	4
3.2 Conocimientos acerca de la enfermedad de tuberculosis.....	5
3.3 Actitud con relación a la enfermedad de tuberculosis	8
3.4 Principales practicas con relación a la tuberculosis.....	10
IV. METODOLOGÍA.....	12
4.1 Ubicación del estudio.....	12
4.2 Tipo de estudio.....	12
4.3 Universo.....	12
4.4 Muestra	12
4.5 Criterios de selección de la muestra.....	12
4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	13
4.7 Procesamiento y análisis de la información.....	13
4.8 Matriz de descriptores	14
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	15
5.1 Conocimientos que tienen los pacientes ingresados en el programa,	

sus familiares y el personal de salud acerca de la enfermedad.....	16
5.2 Principales prácticas que tienen los pacientes ingresados en el programa, los familiares y el personal de salud con relación a la tuberculosis.....	17
5.3 Las actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis ingresados en el programa, los familiares y el personal de salud con relación a la enfermedad.....	19
VI. CONCLUSIONES.....	21
VII. RECOMENDACIONES.....	22
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	23
IX. ANEXOS.....	25
1. Guía de entrevistas a pacientes atendidos en el centro de salud Carlos Centenos (Siuna).	
2. Guía de entrevistas a familiares de pacientes del programa de la tuberculosis del centro de salud Carlos Centeno (Siuna).	
3. Guía de entrevista al personal de salud del programa de la tuberculosis del centro de salud Carlos Centeno (Siuna).	
4. Fotografías.	

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el centro de salud Carlos Centeno del municipio de Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua, en el primer semestre del año 2007. El cual se encuentra específicamente en el barrio Sol de Libertad contiguo a las oficinas del Ejército Nacional de Nicaragua. Con el propósito fundamental de analizar Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal de salud este Centro de Salud.

La metodología utilizada para la realización de esta investigación tiene un enfoque cualitativo con un carácter descriptivo, la que se efectuó a través de entrevistas a profundidad a 6 personas afectadas de tuberculosis del casco urbano en el primer semestre del año 2007, seis familiares, un médico del área encamado, una responsable del área de encamado, la licenciada responsable del programa VHS/Sida, un médico de la consulta externa y un técnico de laboratorio.

Como principales resultados se obtuvo que el estigma de la tuberculosis todavía tiene un fuerte impacto en la vida laboral, familiar y social del paciente, que es una enfermedad conocida por sus signos, sus mecanismos de transmisión y prevención por los pacientes y sus familiares, aunque el personal de salud no puede dar la definición de tuberculosis o dieron respuestas incompletas en cuanto a sus formas, métodos diagnósticos, esquemas de tratamiento, bioseguridad y normas.

La confianza para la atención del paciente de tuberculosis recae sobre el centro de salud y sus recursos. En el hogar hay un cuidado especial al paciente basado en el aislamiento, separación de sus trastes, nutrición y administración del medicamento.

Las prácticas son variables de pacientes, familiares y personal de salud y en la mayoría de los casos se percibe el temor al contagio lo cual está relacionado con conocimientos y creencias erróneas acerca de la enfermedad, su transmisión y prevención.

Las actitudes de los pacientes, los familiares y el personal frente a la enfermedad en general son negativas, notándose resistencia y aún miedo a la patología.

Por lo que se recomienda fundamentalmente fortalecer la educación continua al personal de salud en el tema de la tuberculosis. Sensibilizar al personal medico para abordar a las personas afectadas por tuberculosis y en la búsqueda de Sintomáticos Respiratorios que tienen más de 14 días (SR + 14) y realizar acciones encaminadas a reforzar la estrategia de Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados (TAES) para asegurar un mejor funcionamiento.

I. INTRODUCCIÓN

Por muchos años la tuberculosis ha sido uno de los problemas de salud a nivel mundial. Esto resulta para los enfermos en algunas ocasiones la pérdida de su empleo, la exclusión de la familia o de la comunidad (**MAG, 2003:1**).

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por una mico bacteria del complejo *Mycobacterium*: *M. tuberculosis* (conocido con el nombre de bacilo de Koch, en honor a su descubridor, Roberto Koch), *M. africanum* y *M. canetti*. El complejo *Mycobacterium* no se limita a estas especies; abarca también *M. bovis*, *M. bovis* BCG y *M. microte*. Todas pueden causar tuberculosis en seres humanos, aunque *M. tuberculosis* y *M. africanum* lo hacen con mucha más frecuencia que las demás. Es sin dudas una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Los griegos la denominaron tempranamente *phthisis* (**OPS, 2004:1**).

La tuberculosis (TB) es una enfermedad tan antigua como sus creencias, actitudes y prácticas; que data de 5000 años AC (Ospina, 2001) a pesar de los avances en el diagnóstico, tratamiento y prevención. Para los Griegos conocida como tisis o Consumición era la más diseminada de todos los tiempos y casi siempre fatal (480 a.c.) o lo peligroso que era para Galeno vivir con un tísico por la alteración que producía al aire (Sarrel, 2004 citado por **MINSA, 2004:5**)

En el mundo mueren mas personas de tuberculosis que de otra enfermedad infecciosa curable. Todos los días más de 20 000 personas desarrollan la tuberculosis activa y 5000 mueren de ella. Una tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis. Infecta a personas de todos los países del mundo, tanto ricos como pobres. Sin embargo, 22 países soportan el 80% de la carga mundial de morbilidad. Muchos de ellos se ven particularmente afectados por una

situación de pobreza, en la que la malnutrición y los problemas de saneamiento y hacinamiento consiguientes favorecen la propagación de la enfermedad (**OMS, 2003:1**).

Pero la tuberculosis se puede curar. La estrategia DOTS (el tratamiento recomendado en todo el mundo para la tuberculosis) cura a pacientes, salva vidas, evita el desarrollo y la propagación de la resistencia a los medicamentos y reduce la transmisión de la enfermedad. La aplicación generalizada de esta estrategia podría salvar millones de vidas.

El Ministerio de Salud de Nicaragua ha continuado de manera sostenida con la implantación de la estrategia recomendada e impulsada por el Dr. Karel Styblo conocida como la estrategia del tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS/TAES). Con el desarrollo de la estrategia aplicada a nivel nacional se ha logrado una tasa de curación comprendida entre el 79 y 84%. Ha sido una preocupación constante para el Ministerio de Salud de Nicaragua / Programa de Control de Tuberculosis, lograr avances en la tasa de curación y disminución del abandono, con el objetivo de poder introducir esquemas de tratamiento con drogas combinadas que permiten acortar el tratamiento hasta 6 meses. Para esto se planteó en su momento que hasta no lograr una tasa de curación por arriba del 80 %, mayor adherencia al tratamiento y un mayor involucramiento de la sociedad civil en su conjunto en el control de la tuberculosis, no se podía dar ese salto cualitativo, ahora creemos que el país está preparado para dar inicio a ese salto (**Minsa, 2007:7**).

La relación entre tuberculosis y privación social es la pobreza extrema, el nacimiento e indigencia de un hogar a otro relacionado con la distribución geográfica. Sobre todo en los años más recientes.

Es una enfermedad que despierta un fuerte prejuicio o estigma social, y por ende en muchos entornos sociales se trata de

ocultar la enfermedad, lo que incide en el diagnóstico y tratamiento. Acabar con la tuberculosis en el mundo es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

A lo largo del tiempo todo esto se ha venido convirtiendo en una estigmatización lo que ocasiona hasta separación de hogares y como consecuencia problemas psicosociales, por lo que las personas se ven disminuida en su capacidad productiva **(WHO-2004 citado por MINSA, 2004:5).**

Las consecuencias sociales negativas, como el estigma, constituyen un problema particular para las mujeres en algunas sociedades, al restringir las posibilidades de matrimonio y empleo e, incluso, llevar al divorcio. Un estudio de la India indicó que 15% de las mujeres con tuberculosis (equivalente a 100 000 mujeres por año en todo el país) enfrentaban el rechazo de sus familias **(Rajeswari, 1999:877).**

Sigue siendo una enfermedad que provoca miedo en pacientes, rechazos en la comunidad y algunos erróneamente la relacionan sólo con los pobres, pese a existir hace miles de años.

Incluso, la ignorancia sobre la enfermedad lleva a muchas personas a negarse a recibir tratamiento médico, poniendo en riesgo su vida, la de su familia, amigos y quienes le rodean.

La tuberculosis entonces se convierte no solo en una enfermedad infecciosa sino también social tanto a nivel mundial como nacional, regional y local. Ha sido de gran preocupación para el Ministerio de Salud por varios años, situación que no es ajena a la realidad en nuestro Municipio. El comportamiento de la enfermedad se ha mantenido durante los últimos cinco años con 35 casos por semestre, aunque se han implementados hace tres años lo Programas de Tratamientos

Por lo antes expuesto el presente estudio tiene como propósito principal analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes ingresados en el programa, sus familiares y el personal de salud del centro "Carlos Centeno" del Municipio de Siuna, acerca de la enfermedad, para así poder diseñar e implementar un adecuado programa de educación y comunicación con el fin de obtener cambios de comportamiento y mejoramiento de la salud de la población.

II. OBJETIVOS

General

- Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal de salud sobre la tuberculosis del centro Carlos Centeno del Municipio de Siuna, en el Primer Semestre 2007.

Específicos

- Identificar los conocimientos que tiene los pacientes ingresados en el programa, sus familiares y el personal de salud acerca de la enfermedad.
- Determinar las actitudes que tienen los pacientes, familiares y el personal de salud con relación a la enfermedad.
- Describir las principales prácticas que tienen los pacientes, familiares y el personal de salud con relación a la tuberculosis.

III. MARCO TEORICO

3.1 Generalidades.

La tuberculosis es una enfermedad cuya presencia ha sido constante en la historia de la humanidad, por ser conocida en el siglo XVII como el problema más importante de salud pública en todos los países, en la parte occidental alcanza su máxima incidencia en los años 1780 – 1880, dicho incremento está relacionado con la emigración de muchos campesinos hacia la ciudad en busca de trabajo.

Fue a principio del siglo XIX cuando los médicos franceses Gaspar Laurent Bayle y Rene Laenec, ambos murieron por esta causa, quienes establecieron la forma y fases de la tuberculosis que era una enfermedad infecciosa aguda producida por el bacilo *Micobacterium Tuberculosis*. (Romero, 1999).

En 1882, el microbiólogo alemán Robert Koch descubrió el agente generador donde hace más de una centuria disponemos del microscopio para descubrir el causante y por más de 50 años atesoramos los fármacos antituberculosos sin embargo ahora mismo estamos esperando que por tuberculosis se rompan todos los record de fallecidos en el planeta.

Se presumía que en el año 2000 la tuberculosis ya estaría erradicada debido a que en la década de los 80 la enfermedad se considero como una emergencia por convertirse en un problema sanitario a nivel mundial de primer orden. En 1997 empieza a presentar según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un panorama con más de 8 millones de nuevos casos anuales presentados principalmente en los países subdesarrollados.

La enfermedad no tiene el estigma de las damas de las camelias ahora se trata de una patología perfectamente predecible y curable pero sobre ella todos los ojos, porque se sabe que la tuberculosis mata por abandono. (*Ibid*).

Pero presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate. La conducta reportada más frecuente en los distintos países es tratar de ocultar la enfermedad, lo que también incide en el diagnóstico y tratamiento.

Estigma significa marca, señal en el cuerpo, desdoro, afrenta, lesión orgánica o funcional que indica enfermedad constitucional o hereditaria (**González, 1987:47**). Condicionado socialmente, el prejuicio sentido por los enfermos es una dimensión negativa añadida a los malestares propios de la enfermedad, que inciden en su calidad de vida incluso hasta mucho después que esta desaparece. Una de las características del prejuicio, que en el caso de la tuberculosis tiene una historia de siglos de reforzamiento social, es que su componente cognoscitivo (estereotipo) está constituido por una información incompleta y demasiado generalizada y su componente afectivo está asociado a elementos de rechazo muy arraigados que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos. Este prejuicio afecta a una de las necesidades fundamentales de los humanos, la aceptación social, necesidad que para intentar satisfacerla motiva diferentes comportamientos (tercer componente del prejuicio) que dependerán de las características de la personalidad de cada individuo y del contexto en que se desenvuelve (**Petrovski, 1975**).

“La familia es el grupo social, institución y/o unidad de análisis al interior del cual se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud/enfermedad/atención. Lejos de ser un mundo autónomo y

aislado, es asimismo la unidad en la que, directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de crisis sociales" (**Menéndez, 1992:59**), así como representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de enfermedades específicas.

Los equilibrios pueden perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios de los miembros del grupo familiar, por ejemplo ante cualquier crisis o enfermedad importante aguda o crónica de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo (**Yrizar, 1984**); dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de la manera como se encara o toma y las consecuencias sociales y psicológicas.

El diagnóstico temprano y la adherencia al tratamiento son los factores clave para los Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Sin embargo, la falta de adherencia terapéutica es común con las consecuentes tasas bajas de curación. Los pacientes son usualmente diagnosticados de tuberculosis como una consecuencia de la interacción entre la búsqueda de atención y las actividades de detección pasiva de los servicios de salud. Los factores que afectan la conducta de pacientes y trabajadores de salud determinan los resultados en el diagnóstico de la enfermedad (**Álvarez; Dorantes; et al 2000:521**).

Ha sido una preocupación constante para el Ministerio de Salud de Nicaragua/ Programa de Control de Tuberculosis (PCT), lograr avances en la tasa de curación y disminución del abandono, con el objetivo de poder introducir esquemas de tratamientos con drogas combinadas que permiten acortar el tratamiento hasta 6 meses (**Minsa, 2007:7**).

El principal propósito del PCT es el de contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, detección, tratamiento y recuperación

aislado, es asimismo la unidad en la que, directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de crisis sociales” (**Menéndez, 1992:59**), así como representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de enfermedades específicas.

Los equilibrios pueden perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios de los miembros del grupo familiar, por ejemplo ante cualquier crisis o enfermedad importante aguda o crónica de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo (**Yrizar, 1984**); dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de la manera como se encara o toma y las consecuencias sociales y psicológicas.

El diagnóstico temprano y la adherencia al tratamiento son los factores clave para los Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Sin embargo, la falta de adherencia terapéutica es común con las consecuentes tasas bajas de curación. Los pacientes son usualmente diagnosticados de tuberculosis como una consecuencia de la interacción entre la búsqueda de atención y las actividades de detección pasiva de los servicios de salud. Los factores que afectan la conducta de pacientes y trabajadores de salud determinan los resultados en el diagnóstico de la enfermedad (**Álvarez; Dorantes; et al 2000:521**).

Ha sido una preocupación constante para el Ministerio de Salud de Nicaragua/ Programa de Control de Tuberculosis (PCT), lograr avances en la tasa de curación y disminución del abandono, con el objetivo de poder introducir esquemas de tratamientos con drogas combinadas que permiten acortar el tratamiento hasta 6 meses (**Minsa, 2007:7**).

El principal propósito del PCT es el de contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, detección, tratamiento y recuperación

del paciente ejecutados por el Ministerio de Salud, en coordinación con las demás instituciones de Estado, Seguro Social, sector privado, municipales y población. Otro propósito es lograr la integración ciudadana en el control participativo comunitario, efectivo para controlar la tuberculosis.

3.2 Conocimientos acerca de la enfermedad de tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que se propaga por el aire, la fuente de infección son otras personas afectadas por tuberculosis pulmonar. Cuando una persona tose, estornuda, habla o escupe expulsa al aire bacilos, basta con inhalar un pequeño número de esos gérmenes para resultar infectado no obstante depende del sistema inmunológico de cada individuo y es debido a la capacidad inmunológica que la persona enferme o no ya que el germen puede anidarse o enclaustrarse en el organismo y vivir durante años sin afectar a la persona pero una vez que el sistema no puede controlar la infección se produce la enfermedad, considerando la enfermedad a las lesiones causadas por los bacilos, al o recibir tratamiento una persona enferma puede infectar un promedio de 10 a 15 personas al año. **(Minsa, 2007:17).**

Los microorganismos latentes o enclaustrados pueden reactivarse en caso que se produzca una disminución de la defensa inmunológica, la reactivación más frecuente suele ser en los pulmones aunque esta reactivación se puede desarrollar en cualquier órgano fuera del pulmón en el caso de que la reinfección sea severa la infección producida es generalizada llamada tuberculosis miliar en gran parte de los casos la tuberculosis clínica ocurre meses o años después de ocurrir la tuberculosis primaria. La tuberculosis activa tiene un gran potencial para destruir el tejido pulmonar y causar la muerte **(Ibid).**

La enfermedad vive y perdura mientras una persona contagiada no reciba tratamiento. Cada año se detectan entre 8

y 10 millones de casos en el mundo, más de 2 millones de defunciones son etapa productiva de la vida, la enfermedad mata a más jóvenes y adultos, se estima que un cuarto de la población es portadora de bacilos tuberculosis, la enfermedad se desarrolla principalmente en zonas superpobladas y pobres a diferencia de otras enfermedades no tiene un periodo de incubación específico, como ya se mencionaba el organismo permanece latente por un largo periodo de tiempo esperando una disminución de las defensas para desarrollarse, puede atacar cualquier parte del cuerpo incluso en los ojos, pero se transmite de pulmones y garganta la mayor parte de los contagios se producen por estar mucho tiempo cerca de alguien con esta enfermedad aunque también al respirar gérmenes con tuberculosis no se enferman si sus defensas inmunológicas son fuertes. (Ibid).

Es causada por bacterias y se contagia de persona enferma a sana por aire y que ha existido por muchos años, aun perdura la ignorancia hasta el punto que hay quienes creen que solo afecta a los pobres aunque señalo que muchas personas de escasos recursos económicos la padecen por las mismas condiciones en que viven entre estas el hacinamiento, eso no descarta que otras personas con diferentes formas de vida no se contagien porque puede afectar a todos por igual.

La tuberculosis se transmite por la exposición al bacilo tuberculoso, normalmente al entrar en contacto con las secreciones respiratorias que despiden las personas con tuberculosis pulmonar o de otras partes del árbol respiratorio, cuando tosen, cantan o estornudan. Una persona que respira el aire en que se encuentran suspendidas secreciones respiratorias infectadas puede contagiarse, pero para ello es necesario que la exposición a un caso infeccioso sea cercana y prolongada, o repetida. En algunos casos, el bacilo infectante puede invadir las mucosas o penetrar por heridas en la piel (OPS, 2005:1).

Se transmite principalmente por vía aérea de una Persona Afectada por Tuberculosis a los individuos sanos, por medio de las gotas de saliva que contienen los bacilos de Koch. Cuando el paciente tose o estornuda, se forman en el ambiente núcleos de gotas infectadas (aerosoles en suspensión) que se secan rápidamente y las más pequeñas pueden mantenerse suspendidas en el aire durante varias horas y así contagian a otras personas que inhalan esas gotitas o aerosoles (**Minsa, 2007:17**).

La persona con tos y expectoración expulsa flema que contiene los bacilos, los que son visibles al realizar el seriado de baciloscopía (**BAAR** positivo). Otras formas de transmisión del bacilo tuberculoso, como el manejo de objetos contaminados, introducción artificial del bacilo bajo de la piel, etc., son muy raras y sin importancia epidemiológica. (**Ibid**).

El personal de salud está expuesto a contraer la enfermedad al llevar a cabo ciertos procedimientos, tales como la broncoscopía y la intubación, o incluso durante la necropsia de un paciente infectado. (**Ibid**).

La tuberculosis extrapulmonar, a excepción de la laríngea, generalmente no es transmisible, salvo por aquellos casos insólitos en que se forma una fístula con secreción hacia el exterior del cuerpo. Las personas con tuberculosis latente no suelen transmitir la enfermedad. (**Ibid**).

La tuberculosis pulmonar es muy a menudo sintomática, el síntoma más común es la tos inicialmente con esputo escaso amarillento o verdosa por lo general cuando la persona se levanta por la mañana a medida que la enfermedad avanza la tos se hace más productiva, hay sensación de falta de aire esto puede ser debido a la ruptura de tejido pulmonar o la existencia de un derrame pleural causado por una reacción inflamatoria intensa. La hemoptisis (esputo sanguinolento) no es habitual, en los primeros estadios es frecuente una evolución más o

menos larvada con síntomas inespecíficos, como malestar general pérdida de apetito y peso (síndrome constitucional), incluso fiebre aunque esta no tiene por que ser muy alta. Otros síntomas de la afección vienen determinado según el órgano afectado pudiendo haber síntomas de meningitis afectación ocular, genitourinario, pericarditis, pleuritis, afección cutánea y digestiva incluso enfermedad articular y ósea.

La evolución de la enfermedad es muy variada va en dependencia de múltiples factores como el tamaño del inoculo, la virulencia del bacilo, la competencia del paciente para defenderse y la presencia de otras enfermedades o de un tratamiento con corticoides. (**Minsa, 2007**).

La prioridad más importante del Programa de Control de Tuberculosis de Nicaragua es la captación temprana y el tratamiento adecuado de pacientes tuberculosos, principalmente de los pacientes BAAR positivos. Los pacientes con baciloscopia positiva son los más contagiosos y sin quimioterapia estos pacientes tienen un mal pronóstico, dos de cada tres de ellos mueren dentro de 2 a 3 años. Los pacientes con tuberculosis pulmonar BAAR negativa y los extra pulmonares también deben recibir la quimioterapia adecuada si son sospechosos de tuberculosis activa (**Minsa, 2007:7**).

Se debe sospechar tuberculosis ante cualquier cuadro clínico compatible con esta enfermedad; síntomas respiratorios múltiples, ganglios linfáticos palpables, derrame pleural, síndrome constitucionales o cuadro febril, sobre todo en los individuos pertenecientes a los grupos de mayor incidencia, se debe investigar su posible presencia en toda persona que consulte por sintomatología respiratoria por más de dos semanas sin causa conocida (**Romero, 1982**).

La prueba de tuberculosis (Montux) consiste en la inoculación de un conjunto de proteínas denominadas PPD y medir la induración que se produce a las 72 horas, la prueba se

considera positiva cuando la induración mida más de 5 mm de diámetro a 10 mm. Si ha existido vacunación da una prueba positiva solo traduce que existe inmunidad cutánea frente a la infección previa, que o presenta sintomatología clínica (personas infectadas pero no enfermas). Además hay que tener en cuenta que enfermos con defectos del sistema inmune puede existir una prueba falsamente negativa, el diagnostico se certeza se basa en le aislamiento del bacilo y por tanto el cultivo del microorganismo en distintos medios, el más usado es el Lowestin Jensen. Otras pruebas como tinción del esputo (Zeil Neisen) es muy sugestivo de tuberculosis y más fácil de realizar, sin embargo no es tan fiable como el cultivo de Lowestin., que por otro lado es de crecimiento más lento.4

El resto de exploraciones complementarias solo proporciona un diagnóstico de sospecha; radiografía de tórax, tomografía axial computarizada (TAC), estudios histológicos de tuberculosis extrapulmonar, sondas de hibridación de ADN o técnica de reacción en cadena de la polimeraza.

El MINSA (2007) señala que el paciente necesita saber:

- ¿Qué es la tuberculosis? Signos y síntomas de la enfermedad
- ¿Cómo se transmite la enfermedad?
- Prevención: higiene personal, vacunación con BCG
- Tratamiento
- Que se va a sentir bien mucho antes de terminar el tratamiento, pero no debe abandonarlo.
- La importancia de cumplir con el tratamiento y el peligro o consecuencias del abandono.
- La necesidad de los exámenes de control de esputo.
- La importancia del control de contactos.
- Es necesario aclarar cualquier duda que tenga el paciente sobre su enfermedad.

También la población debe saber la importancia de acudir rápido a su unidad de salud al sufrir síntomas respiratorios,

especialmente si tiene tos productiva de más de dos semanas de duración. Que la tuberculosis se cura con tratamiento adecuado, que es contagiosa y que sin tratamiento o con un tratamiento incorrecto el paciente puede morir.

3.3 Actitud con relación a la enfermedad de tuberculosis.

La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo. Siendo la Tuberculosis pulmonar una enfermedad que tiene repercusiones tanto biológica como psicosocial, en donde no solo afecta al individuo enfermo sino también la homeostasis familiar y que de alguna manera esta situación va a repercutir en las actitudes de la familia ya que la familia es el soporte básico vital para un afrontamiento eficaz de la enfermedad además de ser esta la que ofrece su ayuda y la que se da cuenta de las dificultades que aparecen en todas las áreas tanto fisiológico como psicosocial (Rojas, 2006:10)

Existe un porcentaje muy significativo hacia un Grado de Intensidad de Aceptación de la Familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, con un porcentaje significativo de dirección positiva relacionado al Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar basados en los criterios clínicos – Factores de Riesgo (antecedentes de salud) y al Tratamiento de la Tuberculosis .Pulmonar; esta actitud de aceptación va ha contribuir a que se genere una situación ideal de soporte emocional y esto va ha ser base para un buen afrontamiento de los conflictos que crea la enfermedad evitando así que los sentimientos de culpa y de rechazo lleven al paciente a un posible abandono y por consiguiente fracaso del tratamiento (Ibid).

La familia es el soporte inmediato y el bastón sobre el cual el paciente se va apoyar. Al haber una situación nueva en el seno

familiar va a propiciar que se presenten diferentes predisposiciones ante un Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar; creara en la familia alteraciones significativas en la dinámica familiar esto influenciado aun mas por el hecho de considerar a la "Tuberculosis Pulmonar como una enfermedad estigmatizante y que crea graves sentimientos de culpa" (Minsa, 2000:28).

A esto hay que sumar el problema económico que crea en las familias debido a la incomprensión de los empleadores junto con la merma en la capacidad física de trabajar que contribuye a la reducción en la participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia; entre los mas jóvenes, la Tuberculosis Pulmonar trunca la formación profesional (Ibid).

En un contexto rural, donde las interacciones son fundamentales, la gente refiere su vida como vida en comunidad, el posible rechazo o distanciamiento de los conocidos es de un impacto muy fuerte. Por lo tanto, hombres y mujeres tratan de ocultar las manifestaciones de la tuberculosis porque temen el rechazo de sus familiares y amigos por el estigma de la enfermedad.

Una de las causas de la estigmatización de la tuberculosis fue, en muchos de los casos, el enfatizar demasiado en los cuidados, las manifestaciones exageradas por temor al contagio, porque además de dicho temor está el de que la tuberculosis sea incurable. En el contexto de lo afectivo, el contagio puede llegar a ser causa de disolver o separar a la familia, lo que constituye un factor negativo para el tratamiento. En las palabras de los pacientes mucho les ayudó la información acerca de cómo se contagia, que es curable, pero extensiva a todo el núcleo familiar, los cuidados.

La tuberculosis sigue siendo una enfermedad que provoca miedo en pacientes, rechazos en la comunidad latina y algunos

erróneamente la relacionan sólo con los pobres, pese a existir hace miles de años. La ignorancia sobre la enfermedad lleva a muchas personas a negarse a recibir tratamiento médico poniendo en riesgo su vida, la de su familia, amigos y quienes les rodean (**Mejía, 2007:680**).

La Doctora continua diciendo, hay quienes no quieren que la gente sepa que tiene tuberculosis por el miedo al rechazo y por ignorancia. Es verdad que los rechazan dicen la Doctora quien por más de 15 años a trabajado en una clínica dedicada al servicio de pacientes dedicadas al cuidado de pacientes con tuberculosis y Sida en la comunidad de Washington en Maniatan. Indico que incluso muchos padres con prueba positiva y placa de tórax se han negado a llevar a sus hijos a la clínica de salud para recibir tratamiento por el estigma que aun rodea a la enfermedad.

También existe rechazo por parte del afectado a tomarse el tratamiento por temor a perder el empleo. Los enfermos de tuberculosis se ven con dificultad para integrarse a la sociedad incluso a su propia familia.

3.4 Principales practicas con relación a la tuberculosis.

El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (**Rodríguez, 1995**) y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (**Roth, 1990:38**).

Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de repertorios de conducta que se encuentra entre los factores de riesgo más importantes de los

principales problemas de salud en la actualidad tales como el consumo de alcohol y de tabaco, el desequilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada de los servicios de salud, entre otros.

Específicamente los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto (**Ibid**).

Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

Al no disponer de medicación eficaz se centra en curas pasivas de reposo complementadas con una buena alimentación, a partir de 1920 se van generalizando las curas de colapsoterapia que logran mantener la lesión pulmonar en reposo introducción de aire en la cámara pleural (neumotórax artificial) y posteriormente la toracoplastia que a pesar de su agresividad logro curar a numerosos pacientes. (**Dr. Espino y Campo, UNAN**)

El doctor Espino Campo médico fundador de la AAE es otro de los grandes preocupados de los aspectos sociales y expone en el parlamento la relativa escasa importancia del germen

comparada con el aspecto social, estudia a fondo las exigencias; la dieta alimenticia del trabajador comparándola con los mejores dietas y equipos de las clases acomodadas a pesar de su menor gasto de energía, valora las dificultades que se tienen para comprar la carne, el azúcar y los otros productos indispensables y que no son accesibles al trabajador pobre, aboga también por las mejoras de las viviendas, suprimir los impuestos sobre los alimentos y las casas. (Ibid)

Rodríguez (1995) destaca la importancia del tema del alcoholismo la carestía de los alimentos y la escasez del trabajo, dice que los dispensarios y sanatorios son eficaces pero es más importante solucionar la problemática social en que inmersos muchos de los enfermos y sus familiares.

León Corral catedrático de la facultad de medicina de Valladolid centra sus medidas en destruir el bacilo, aconseja a los individuos predispuestos que se alejen de los enfermos, el tuberculoso permanecerá solo en su cama y no debe tener relaciones sexuales, sus cubiertos y servicios de mesa aparte, desaconseja el matrimonio con sujetos tuberculoso o en quienes la tuberculosis sea íntimamente, la madre tísica no debe lactar a sus hijos y por último el tuberculoso no debe estar en casas colectivas como en cuarteles o ejército. Los tuberculosos incipientes y aún los sospechosos deberían mandarse a sus casas

La estrategia más eficaz para luchar contra la tuberculosis consiste en identificar los casos infectados para que no puedan propagarse, la detección y curación de enfermos es la mejor profilaxis.

Entre los aspectos educativos que debemos atender para desfavorecer su aparición se encuentran evitar los lugares húmedos o poco ventilados, mantener hábitos higiénicos adecuados, taparse la boca o nariz al toser o estornudar, acudir al médico de la familia y presentar de más de una

semana de evolución particularmente si es alcohólico, diabético seropositivo, padece enfermedades respiratorias asociadas o es anciano.

4.1. Lugar de realización del estudio

El estudio se realizó en el centro de salud Carlos Centeno de la ciudad de Suva - Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua, en el primer semestre del año 2007. El cual se encuentra específicamente en el barrio Sol en Unidad Cerigua a las afueras del Ejército Nacional de Nicaragua.

4.2. Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo, con enfoque cualitativo porque ha permitido dar a conocer de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal del Centro Carlos Centeno del Municipio en primer semestre 2007.

4.3. Universo

El universo corresponde a 37 personas afectadas de tuberculosis y sus familiares más cercanos y 5 personas de salud del programa de Control de la Tuberculosis.

4.4. Muestra

Esta investigación se realizó tomando una muestra de 5 personas afectadas por tuberculosis con 5 familiares, además de 5 personas de salud del programa de Control de la Tuberculosis. Por conveniencia y mejor acceso total geográfica y económica.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Ubicación del estudio

El estudio se realizó en el centro de salud Carlos Centeno del municipio de Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua, en el primer semestre del año 2007. El cual se encuentra específicamente en el barrio Sol de Libertad contiguo a las oficinas del Ejército Nacional de Nicaragua.

4.2. Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo con enfoque cualitativo porque ha producido datos descriptivos de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal de salud del centro Carlos Centeno del Municipio de Siuna, primer semestre 2007.

4.3. Universo

El universo corresponde a 31 personas afectadas de casco urbano y rural con sus familiares más cercanos y 6 personas de salud del programa de Control de la Tuberculosis

4.4. Muestra

Esta investigación se realizó tomando una muestra de 6 personas afectadas por tuberculosis con 6 familiares, además de 5 personas de salud del programa de Control de la Tuberculosis. Por conveniencia y mejor accesibilidad geográfica y económica.

4.5. Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados en el programa del área urbana del municipio de Siuna.
- Los familiares más cercanos (esposa, esposo, hermano e hijo) que vivan en la casa.
- Trabajadores de salud que atienden directamente a estos pacientes de dicho centro.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no pertenece al programa(consulta eterna y otros programas)
- Familias que no pertenecen al gremio familiar.
- Personal que no esta mas directo en la atención de estos pacientes.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista en profundidad utilizando como instrumento la guía de entrevista a seis pacientes con tuberculosis ingresados en el programa en el primer semestre del año 2007, a seis familiares cercanos a los pacientes, a un médico del área encamado del centro de salud Carlos Centeno, una responsable del área de encamado, a la licenciada responsable del programa VHS/Sida, a un médico de la consulta externa y un técnico de laboratorio.



4.7. Procesamiento y análisis de la información.

Las entrevistas iniciaron con la presentación y enseguida se realizaron preguntas abiertas, y se permitió que las respuestas se extendieran según las experiencias de cada uno de los participantes. Las entrevistas se grabaron, previa autorización de los pacientes y se transcribieron por completo.

El análisis se realizó con base en el contexto del estudio y mediante las transcripciones completas de las entrevistas. Se hizo lectura en varias ocasiones de aquéllas para poder seleccionar las frases repetitivas y representativas de los/as entrevistados/as y se organizaron de acuerdo con las siguientes categorías: a) conocimientos que tienen los pacientes, familiares y personal de salud de la tuberculosis b) Principales prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal de salud acerca de la enfermedad y c) las actitudes que tienen los pacientes, familiares y personal de salud con relación a la enfermedad.

4.8 Matriz de descriptores

Objetivos	Descriptores	Pregunta directas	Técnicas	Fuentes
Identificar los conocimientos que tienen los pacientes, familiares y personal de salud de la tuberculosis.	Conocimientos que tienen los pacientes, los familiares, el personal de Salud acerca de la enfermedad.	Qué es la tuberculosis? Usted sabe cómo se transmite la enfermedad. Cuál es su opinión acerca esa enfermedad.	Entrevista	Pacientes Familiar Personal de salud.
Describir las principales prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal de salud con relación a la enfermedad.	Principales prácticas que tienen los pacientes, familiares y personal de salud acerca de la enfermedad.	Qué es lo que tienen. Qué hacer cuando sabe que tiene esta enfermedad. Qué debe de hacer. Cuándo tienen un familiar con esta enfermedad. Qué orientaciones le brinda a los familiares que sufren con la enfermedad de tuberculosis.	Entrevista	Pacientes Familiar Personal de salud.
Determinar las actitudes que tienen los pacientes, familiares y personal de	Actitudes que tienen los pacientes, familiares y personal de salud con relación a la	Qué hizo usted cuando le dijeron que tenía tuberculosis. Usted cree que no es útil para la sociedad por que	Entrevista	Pacientes Familiar Personal de salud.

salud con relación a la enfermedad	enfermedad	tiene esta enfermedad. Por ser familiar de un enfermo de tuberculosis lo(a) han tratado diferente sus amistades, vecinos en su trabajo o en su comunidad Usted cree que su familiar ya no puede ser útil a la sociedad por estar enfermo.		
--	------------	---	--	--

salud con relación a la enfermedad	enfermedad	tiene esta enfermedad. Por ser familiar de un enfermo de tuberculosis lo(a) han tratado diferente sus amistades, vecinos en su trabajo o en su comunidad Usted cree que su familiar ya no puede ser útil a la sociedad por estar enfermo.		
--	------------	---	--	--

salud con relación a la enfermedad	enfermedad	<p>tiene esta enfermedad.</p> <p>Por ser familiar de un enfermo de tuberculosis lo(a) han tratado diferente sus amistades, vecinos en su trabajo o en su comunidad</p> <p>Usted cree que su familiar ya no puede ser útil a la sociedad por estar enfermo.</p>		
------------------------------------	------------	--	--	--

V. RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 Conocimientos que tienen los pacientes ingresados en el programa, sus familiares y el personal de salud acerca de la enfermedad.

5.1.1 Conocimientos que tienen los pacientes ingresados en el programa

Los pacientes ingresados en el programa expresan que la enfermedad es mala, y que se pasa de una persona a otra cuando no se pone el tratamiento y que es muy destructiva.

También dijeron que la enfermedad es producida por resfrío, que antes ellos la conocían como “tisis” o los pulmones dañados, llamando “dañado al paciente”, que no saben si en ese tiempo no había medicina, pero que las personas se morían fácilmente de esa enfermedad.

“En el año 1980 una persona se murió pero la habían trasladado a un centro que le llamaban Wiluas Carmen”.

La mayoría tanto de pacientes como de familiares afirman conocer qué es la tuberculosis y la refieren como una enfermedad grave, contagiosa, con tos, pérdida de peso, sangre en el esputo, fiebre, debilidad y otros síntomas, lo cual es compatible con lo establecido en la norma del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT).

5.1.2 Conocimientos que tienen los familiares

Los familiares también expresaron que es una enfermedad que si se toma el tratamiento como lo indica el Ministerio de Salud se cura, y que se pasa de una persona enferma a una sana. También que si no busca medicamentos a tiempo o acude al centro de salud se le hace difícil su cura, por lo que es una enfermedad mala, que sino toma el tratamiento completo se puede morir. Es una infección producida por el resfrío.

El contagio fue referido de manera frecuente, sin embargo, las explicaciones estuvieron relacionadas con los utensilios y con la transmisión de persona a persona.

“La enfermedad se trasmite por compartir los mismo trastes cuando tosen, al estornudar sin taparse la boca y escupir en el piso. Por la tos y la saliva y el aire, por las gotas de saliva que se dejan en el vaso cuando se bebe agua. Y la saliva que sale al toser o estornudar”.

Lo antes señalado coincide con lo abordado por el Minsa, (2000) en el programa de Control de la tuberculosis que la enfermedad se transmite principalmente por vía aérea de una Persona Afectada por Tuberculosis a los individuos sanos, por medio de las gotas de saliva que contienen los bacilos de Koch. Cuando el paciente tose o estornuda, se forman en el ambiente núcleos de gotas infectadas (aerosoles en suspensión) que se secan rápidamente y las más pequeñas pueden mantenerse suspendidas en el aire durante varias horas y así contagian a otras personas que inhalan esas gotitas o aerosoles.

La persona con tos y expectoración expulsa flema que contiene los bacilos, los que son visibles al realizar el

seriado de baciloscopía (BAAR positivo). Otras formas de transmisión del bacilo tuberculoso, como el manejo de objetos contaminados, introducción artificial del bacilo bajo de la piel, etc., son muy raras y sin importancia epidemiológica.

Se mencionó como causas que provocan la enfermedad, el trabajo excesivo, sobre todo en exposición al sol, descuidos en los cambios de temperatura del cuerpo; mojadas y alimentos fríos. Como factor condicionante mencionaron la mala alimentación, generalmente relacionada con la carencia de recursos económicos.

Para el saber popular, las causas de la tuberculosis es mojarse, asolearse, beber frío, trabajar bajo la lluvia y bañarse. Es más notorio en un contexto rural, donde el trabajo y la mayor parte de las actividades se realizan al aire libre.

La mayoría de los y las entrevistados/as opinaron que la transmisión de la enfermedad se evita a través de: el aislamiento, alejarse del enfermo, no comer en el mismo traste es decir apartar trastes o utensilios o cualquier contacto, tener higiene, no bañarse agitado, abrir ventanas, evitar escupir, alimentarse bien y seguir las orientaciones del MINSA. Lo cual coincide por lo expuesto por el Minsa, (2000) que se necesita una exposición prolongada de un enfermo bacilífero para infectarse, esto significa vivir en la misma casa o trabajar juntos y pasar horas con el enfermo. El hacinamiento y la poca ventilación favorecen la transmisión.

Los familiares expresaron saber cómo cuidar a un enfermo de tuberculosis. Las atenciones descritas fueron apoyo emocional, tratarlos con delicadeza, darles una buena

alimentación y ánimo, mantener una buena higiene y garantizar todo el medicamento.

5.1.3 Conocimientos que tiene el personal de salud acerca de la enfermedad

El personal de salud refirió que es una enfermedad contagiosa, que afecta las vías respiratorias y a los pulmones, que es curable siempre y cuando se toman el tratamiento tal a como es indicado.

También expuso que se les orienta tanto al enfermo y familiares que:

- No deben escupir en el piso
- No toser enfrente de otra persona
- Mantener limpios sus utensilios como vasos, platos, cucharas y de uso personal.
- Brindar apoyo emocional al paciente y familiar.
- No aislarlo y rechazar al enfermo/a.
- Motivar al enfermo/a a que se alimente diariamente
- Que en su casa entre luz solar, que sea claro y ventilado
- Mantenga una buena higiene tanto personal como en la vivienda.

5.2 Principales prácticas que tienen los pacientes ingresados en el programa, los familiares y el personal de salud con relación a la tuberculosis.

5.2.1 Principales prácticas que tienen los pacientes ingresados en el programa y los familiares

Tanto los pacientes como los familiares refirieron que llegan al centro de salud cuando han pasado con tos más de 14 días y se han automedicado con antibióticos sin ver resultados satisfactorios. Los síntomas se agudizan y comienzan a sentir pérdida de peso progresiva, dolor en el pecho y la espalda, fiebre, sudoraciones nocturnas, falta de apetito y decaimiento.

Una vez diagnosticados positivo el comportamiento predominante de los pacientes ante la enfermedad es cuidar de los utensilios como vaso, cuchara y plato que sea de uso estrictamente personal. Después que se les instruye sobre las medidas de transmisión comienzan a tener una conducta diferente en cuanto a la deposición del esputo ya que lo echan en un recipiente con cenizas o en papel higiénico o trapo que posteriormente es quemado. También se tapan la boca al toser o estornudar y no besan a su niño para que no se les pase la enfermedad.

Si bien es cierto que estas podrían ser las vías de transmisión dependen de muchos factores para que sean potencialmente contagiosos.

Lo cual coincide con lo expuesto por el Minsa, (2000:28) que sólo una minoría de los contactos desarrolla la enfermedad porque posiblemente los bacilos del ambiente no infectan al individuo, y si lo hacen, tal vez no se multipliquen y no infecten a la persona por varias causas:

las condiciones del sistema inmunológico, el número de bacilos viables puede ser insuficiente para provocar la primoinfección, o que no logren llegar al sistema respiratorio con una dosis potencialmente infecciosa debido a los mecanismos de barrera del tracto respiratorio. Se necesita una exposición prolongada de un enfermo bacilífero para infectarse, esto significa vivir en la misma casa o trabajar juntos y pasar horas con el enfermo.

Sin embargo, los pacientes y los familiares no conocen las prácticas de atención médica así como las prácticas que deben asumir los familiares en estos casos. Sólo reconocen que se debe dar un cuidado especial al enfermo

La conducta familiar ante la enfermedad fue de apoyo afectivo y material en forma de suministro de alimentos y la medicación. Apoyo similar también fue frecuente entre vecinos y amigos cuando estos conocían de la enfermedad. Pero también se observó negación consciente de la enfermedad, rechazo manifiesto de vecinos, autoaislamiento y segregación por parte de los familiares dentro del hogar, incluidos utensilios como cubiertos, aun después de estar muy avanzado el tratamiento y tener esputos negativos.

Lo cual coincide por lo expuesto por el Minsa (2000:28) que la familia es el soporte inmediato y el bastón sobre el cual el paciente se va apoyar. Al haber una situación nueva en el seno familiar va a propiciar que se presenten diferentes predisposiciones ante un Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar; creara en la familia alteraciones significativas en la dinámica familiar esto influenciado aun mas por el hecho de considerar a la "Tuberculosis Pulmonar como una enfermedad estigmatizante y que crea graves sentimientos de culpa".

Además los familiares se realizaron los exámenes necesarios para descartar si estaban enfermos por el temor de tener la enfermedad.

Los pacientes y los familiares sólo reconocen que la enfermedad se previene evitando la tos o el estornudo, porque por el aire y saliva se contagian rápidamente; también no usando utensilios del paciente y evitando el contacto con el mismo.

5.2.2 Principales prácticas que tiene el personal de salud con relación a la tuberculosis

El personal de salud expresó que cuando los pacientes ingresan al programa inmediatamente son asistidos a través de charlas educativas tanto a él como a sus familiares haciéndose énfasis en la prevención y tratamiento. También se les pide el apoyo emocional de los familiares al paciente principalmente en el cumplimiento del tratamiento por el periodo establecido (seis meses).

Además reflejaron que actualmente existen los Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados (TAES) comunitarios los cuales consisten en la administración del tratamiento por personas no necesariamente trabajadores del sector de la salud sino pueden ser personas socialmente responsables de la comunidad que puede ser el líder comunitario, los delegados de la palabra, el o la profesor/a, un familiar, etc. Lo que ha dado muy buenos resultados, en el sector urbano es un familiar el que se responsabiliza del mismo.

En cuanto a las practicas de los pacientes, familiares y personal de salud podemos decir que todos coinciden

cuando dicen que los utensilios deben estar aparte por que es una manera de transmisión, como escupir en el piso, toser al aire libre y no taparse la boca, que hay que brindar apoyo emocional para que puedan entender algunas medidas preventivas como curativas, y en el aspecto de la hospitalización y alojamiento en el centro de salud que son discriminatorias pero que son necesarias, por lo que podemos inferir que hay un alto grado de estigmanización y que para poder reducirlo hay que trabajar bastante; lo cual se espera que un futuro no muy lejano se logre.

El estigma, la separación, rechazo y discriminación nuevamente se menciona no sólo como actitud supuesta y real, sino también como práctica, lo cual está relacionado con conocimientos y creencias erróneos acerca de la enfermedad, su transmisión y prevención.

5.3 Las actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis ingresados en el programa, los familiares y el personal de salud con relación a la enfermedad.

5.3.1 Las actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis ingresados en el programa y familiares

Los y las enfermos/as entrevistados/as hubieran deseado mantener oculta la enfermedad o que solo la conocieran sus familiares y amigos íntimos. El motivo predominante declarado, fue evitar el rechazo social. Porque han sentido que algunas personas lo han tratado mal y que existe rechazo y miedo acercarse a ellos pero por otro lado hay personas que no lo tratan mal como sus familias, amigos, y algunos vecinos.

"No me he sentido rechazado por mis amigos, ni el resto de familiares, mas bien me ayudan y animan; me ayudan mas en lo que pueden, como estar pendiente que me tome el tratamiento para que me cure porque por el momento no puedo hacer nada, aunque a veces me siento con ánimo".

Las causas que los pacientes atribuyen para este rechazo, generalmente, están relacionadas con el alto contagio e incurabilidad de la enfermedad, siendo difícil para ellos aceptar el hecho de estar enfermos de tuberculosis. El contagio como causa de la enfermedad ocasiona un ambiente de temor en torno al paciente por familiares y vecinos, que digan "ese es un tuberculoso", es un estigma o marca para el paciente y su hogar, que lo dejan de visitar, ya no le ofrecen de comer ni de beber nada, o "le buscan un traste viejo, que luego puedan tirar".

Además cuando saben que tienen tuberculosis, se asustan y se sienten triste; porque van estar mucho tiempo fuera de su casa en el caso de los pacientes de las comunidades, separados de sus familias ya que permanecerán internado en el hospital y no van a poder trabajar lo que coincide con lo expuesto por el Minsa (2000:28) que además de un problema de salud se suma el problema económico que crea en las familias debido a la incomprensión de los empleadores junto con la merma en la capacidad física de trabajar que contribuye a la reducción en la participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia; entre los mas jóvenes, la Tuberculosis Pulmonar trunca la formación profesional.

Sin embargo, no se encontró ningún caso en el cual el prejuicio afectara la búsqueda de atención médica ni seguimiento de tratamiento.

Se apreció cómo este estigma afecta subjetivamente y en sus relaciones sociales a los enfermos de tuberculosis, observándose que el temor a que se conozca la enfermedad supera ampliamente al de tenerla; prejuicios de los cuales no están exentos los propios enfermos a pesar de conocer que es una enfermedad curable.

Los familiares dijeron que se sintieron tristes por su enfermo, ya que económicamente iban a tener más problemas y que se tenían que separar por mucho tiempo, pero no rechazarían jamás a sus enfermos al contrario los apoyarían hasta que estén completamente sanos. Lo cual coincide con Rojas (2006) que esta actitud de aceptación va a contribuir a que se genere una situación ideal de soporte emocional y esto va a ser base para un buen afrontamiento de los conflictos que crea la enfermedad evitando así que los sentimientos de culpa y de rechazo lleven al paciente a un posible abandono y por consiguiente fracaso del tratamiento.

5.3.2 Las actitudes que tiene el personal de salud con relación a la enfermedad.

El personal de salud entrevistado coincidió en que persiste el estigma hacia la tuberculosis. Algunos comportamientos de los pacientes descritos fueron: seguimiento del tratamiento lejos del lugar de residencia, ocultamiento activo de la enfermedad en sus relaciones sociales y temor a las reacciones de vecinos si conocían del diagnóstico.

Esta enfermedad para algunas personas afectadas ha sido temerosa, pero hoy en día ya existe cura con nuevos

tratamientos, si se lo toman completos como dicen las normas. Es una enfermedad estigmatizante para las personas y sus familiares, se considera que no es fácil para los pacientes y sus familias entender las formas que se puedan curarse tomando el medicamento diariamente que tiene que conocer las reacciones de dicho tratamiento y también el aislamiento que se requiere en algunos casos.

VI. CONCLUSIONES

- La tuberculosis es una enfermedad conocida por sus signos, sus mecanismos de transmisión y prevención por los pacientes, sus familiares y personal de salud.
- El personal de salud no puede dar la definición de tuberculosis correctamente, dieron respuestas incompletas en cuanto a sus formas, métodos diagnósticos, esquemas de tratamiento, bioseguridad y normas.
- Sobre el centro de salud y sus recursos, recae la confianza para la atención del paciente de tuberculosis. En el hogar hay un cuidado especial al paciente basado en el aislamiento, separación de sus trastes, nutrición y administración del medicamento.
- Las prácticas son variables de pacientes, familiares y personal de salud y en la mayoría de los casos se percibe el temor al contagio lo cual está relacionado con conocimientos y creencias erróneas acerca de la enfermedad, su transmisión y prevención.
- Las actitudes de los pacientes, los familiares y el personal frente a la enfermedad en general son negativas, notándose resistencia y aún miedo a la patología.

VII. RECOMENDACIONES

Se le recomienda a la Dirección del centro de salud "Carlos Centeno" del Municipio de Siuna:

- Fortalecer la educación continua dirigida a todo el personal de salud en el tema de la tuberculosis a través de charlas y cursos.
- Sensibilizar al personal medico para abordar a las personas afectadas por tuberculosis y en la búsqueda de Sintomáticos Respiratorios que tienen tos más de 14 días (SR + 14).
- Realizar acciones encaminadas a reforzar la estrategia de Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados (TAES) para asegurar un mejor funcionamiento.
- Fortalecer la capacitación con reunión de club al personal de puestos de salud del Municipio.
- Involucrar a los promotores en TAES comunitarios para su divulgación en las radios comunitarias para así promover la toma de conciencia sobre la enfermedad.
- Trazar una especial estrategia dirigida al mercadeo social en torno al estigma sobre la tuberculosis y el trato humanitario a la persona infectada por esta enfermedad que es curable.
- Tomar como ejemplo viviente a los antiguos enfermos que son los mejores embajadores de la

VIII. LISTA DE REFERENCIAS

- Álvarez, G; Dorantes, J; Alvarez, J; Halperin, D. (2000). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública de México. vol.42 no.6 Cuernavaca Nov./Dec. 2000. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000600008.
- González Rey F. (1987) La categoría actitud en la Psicología. Rev Cubana de Psicología 1987;4(1):14:47-59.
- Mejía, R. (2007). Perdura el estigma sobre la tuberculosis entre latinos. La primerísima 680 am 91.7 f.m. New Cork. Disponible en:
<http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/19641>.
- Menéndez, E. (1992) "Grupo domestico y proceso salud/Enfermedad/atención", p.59, Argentina.
- Minsa, (2000). "Vivir la Tuberculosis", p.28.
- Minsa, (2000). Programa de Control de la Tuberculosis. (PCT). Disponible en:
OMS, (2003). El reto de la tuberculosis. Disponible en
http://www.stoptb.org/events/world_tb_day/2003/assets/documents/Final FactSheets Spanish.pdf.
Consultado el 25 de Agosto 2008. Presentación power point.

- MINSA (2004). Resumen de investigaciones realizadas sobre tuberculosis. Dirección de salud ambiental y epidemiología. Programa Nacional de Control de Tuberculosis. 1era Ed. Managua. Proyecto Fondo Mundial – Componente TB. NICASALUD. 83pp.
- Minsa (2007). Manual de normas y procedimientos del Programa de control de Tuberculosis. Edición 2007, Managua, Nicaragua.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004). Publications publicaciones. Publications. PAOH.ORG. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-boletin.htm>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005). El control de las enfermedades transmisibles, 18.a edición. Washington, DC: (Publicación Científica y Técnica No. 613) y Boletín de la OPS sobre la tuberculosis en la Región de las Américas, Vol. 7, No.1, febrero de 2004. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-boletin.htm>).
- Petrovski A. (1975). Psicología General. Moscú: Editorial Progreso.
- Rajeswari R et al.(1999).Socio-economic impact Of tuberculosis on patients and family in India. *Internacional Journal Of. Tuberculosis and Lung Disease*, 3:869–877.

- Rodríguez, J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
- Rojas, G. (2006). Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud "Tablada de Lurin". Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/rojas_tg/pdf/rojas_tg-TH.4.pdf
- Roth E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. Rev Latinoam Psicol; 22: 38-57.
- UNAN. Prevalencia del VIH en personas afectadas por tuberculosis. Facultad de Medicina Preventiva.
- WHO. (2004). TUBERCULOSIS.Strategy & Operations, Monitoring & Evaluation. Geneve, Switzerlan.
- Yrizar, H. (1984). "Curso de Teoría de la Dinámica Familiar". México DF.

IX. ANEXOS

**Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa
Caribe
Nicaragüense
URACCAN**

Anexo 1. Guía de entrevista a pacientes atendidos en el centro de salud “Carlos Centeno” del Municipio de Siuna.

Esta entrevista es parte del proceso investigativo de la Licenciatura en enfermería con mención en salud mental.

¿Qué sabe usted de la tuberculosis?

¿Cómo se sintió cuando le dijeron que tenía esa enfermedad?

¿Cómo fue la reacción cuando se enteró de su enfermedad?

¿Usted había escuchado de la enfermedad antes?

¿Usted sabe cómo se transmite la enfermedad.

¿Cuál fue la reacción de su familia cuando se dieron cuenta que usted tenía esta enfermedad?

¿Considera que ha sido rechazado a partir de que usted se enteró de la enfermedad?

¿Usted practica alguna de las medidas higiénicas sanitarias para evitar esta enfermedad?

¿Cómo lo trataban sus amigos, vecinos, en su trabajo, escuela e incluso en su comunidad.

**Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa
Caribe Nicaragüense
URACCAN**

Anexo 2. Guía de entrevistas a familiares de pacientes del programa de la tuberculosis del centro de salud “Carlos Centeno” del Municipio de Siuna.

Esta entrevista es parte del proceso investigativo de la Licenciatura en enfermería con mención en salud mental.

1. ¿Qué es la tuberculosis para usted?
2. ¿Cómo se sintió usted cuando su familiar salió con esa enfermedad?
3. ¿Qué hizo usted cuando a su familiar le confirmaron esa enfermedad.
4. Usted había escuchado hablar de esa enfermedad antes.
5. Usted sabe cómo se transmite esa enfermedad.
6. Usted cree que su familiar ya no puede ser útil a la sociedad.

**Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa
Caribe
Nicaragüense
URACCAN**

Anexo 3. Guía de entrevista al personal de salud del programa de la tuberculosis del centro de salud "Carlos Centeno" del Municipio de Siuna.

Esta entrevista es parte del proceso investigativo de la Licenciatura en enfermería con mención en salud mental.

A lo largo de la tuberculosis se sabe que la tuberculosis es una enfermedad temerosa quisiera que nos digas:

1. ¿Qué es la tuberculosis?
2. ¿Ud. cree que la enfermedad ha afectado a la sociedad entera. Por qué.
3. ¿Por qué cree que hay rechazo, aislamiento y discriminación hacia el paciente?
4. ¿Cuáles son las orientaciones que se le debería de dar a un enfermero de tuberculosis y a su familiar?
5. ¿Está de acuerdo discriminar, rechazar y aislar?
7. Se le brinda orientaciones a estos pacientes.

8. Qué tipo de metodología educativa utiliza usted para brindar las orientaciones a los pacientes con tuberculosis o sospechosa.

- A. Rota folio
- B. Charlas
- C. Hacer un ejemplo práctico
- D. Leer una revista
- E. Otros

9. Usted le explica la importancia que tiene recoger una buena muestra de esputo a estos pacientes.

- A. Si _____ No

**Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa
Caribe Nicaragüense
URACCAN**

Anexo 4. Fotografías.



Charlas a los pacientes de tuberculosis. Foto tomada el 24 de Marzo del 2007 por Mayra Padilla.



Paciente de tuberculosis realizando las charlas a otros pacientes. Foto tomada el 24 de Marzo del 2007 por Mayra Padilla.



Pacientes de tuberculosis asistiendo a las charlas. Foto tomada el 24 de Marzo del 2007 por Mayra Padilla.



